

凍結胚・卵子・精子の廃棄同意書

北千住 ART クリニック 院長 大野 基晴 殿

私たちは、貴院にて凍結保存されている下記の（ 凍結胚 ・ 凍結卵子 ・ 凍結精子 ）の廃棄に同意いたします。

・（ 凍結胚 ・ 凍結卵子 ・ 凍結精子 ）

凍結保存期限 ： 西暦 年 月 日

・（ 凍結胚 ・ 凍結卵子 ・ 凍結精子 ）

凍結保存期限 ： 西暦 年 月 日

・ 廃棄後の凍結物について、

研究目的の使用に （ 同意します ・ 同意しません ）

※上記（ ）内のいずれかに必ず○印を記入してください。

本人

ID _____ 氏名(自署) _____ 同意日：西暦 年 月 日

住所：〒 _____

電話番号： _____

配偶者

ID _____ 氏名(自署) _____ 同意日：西暦 年 月 日

住所：〒 _____

電話番号： _____

☐ 住所等に変更があった際は☒を入れてください

※ご署名は必ずご本人が自筆でお願いいたします。ご本人以外の方が本人であると代署しますと有印私文書偽造として刑事罰にとわれる場合があります。